

Monodrama warum und wie?

Psychodrama in der Einzeltherapie und Einzelberatung

(Stand 27.6.17)

Reinhard T. Krüger (2017, unveröffentlichtes Manuskript)

Zusammenfassung: Die Psychodramatechniken verwirklichen im Spiel die natürlichen *metakognitiven* Werkzeuge der inneren Konfliktverarbeitung. Das ist ein *Alleinstellungsmerkmal* des Psychodramas gegenüber den anderen Psychotherapieverfahren. Auf dem Hintergrund der metakognitiven Theorie des Psychodramas bekommen schon kleine psychodramatische Interventionen eine große therapeutische Bedeutung. Das gilt für die Einzeltherapie genauso wie für die Gruppentherapie. Der Autor demonstriert dies an dem Beispiel der Methode des psychodramatischen Gesprächs. PsychodramatherapeutInnen, die sich an der metakognitiven Theorie des Psychodramas orientieren, wenden Psychodrama erfahrungsgemäß in 80 Prozent ihrer Einzelsitzungen statt sonst nur in 10 Prozent an. Dieser Text ist ein überarbeiteter Vortrag, gehalten am 27.3.2017 im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft für Monodrama in Budapest.

Schlüsselwörter: Psychodrama, Monodrama, Einzeltherapie, Psychotherapieverfahren, Theorie, Doppelgänger, metakognitiv, Mentalization

Monodrama ist Psychodrama in der Einzelberatung, in der Einzeltherapie, im Coaching oder in der Supervision. Haben Sie als Leserin oder Leser in den letzten vier Wochen Psychodrama *in der Einzelarbeit* eingesetzt? Benutzen Sie Monodrama in wenigstens jeder 10. Sitzung? Oder sogar in mindestens jeder 2. Sitzung? Bei einem Vortrag zum Thema Monodrama hatten von 60 PsychodramatikerInnen 30 ZuhörerInnen in den letzten vier Wochen Monodrama *nicht* benutzt, 20 aber in wenigstens jeder 10. Sitzung und 10 in mindestens jeder 2. Sitzung. Die meisten von denen, die Monodrama oft benutzten, hatten vorher schon an vier Seminaren eines Monodrama-Curriculums teilgenommen.

1 Psychodrama als Psychotherapieverfahren

In den 40 Jahren meiner Tätigkeit als Psychodramatherapeut und Weiterbildungsleiter habe ich die Erfahrung gemacht: Viele, die Psychodrama zum ersten Mal selbst erleben, *sind von der Methode fasziniert*. Obwohl Moreno das Psychodrama als Psychotherapiemethode entwickelte, wird es aber in der Psychotherapie zurzeit insgesamt wenig angewandt. Dafür gibt es verschiedene Gründe. In Deutschland zum Beispiel bestehen sehr hohe Hürden für eine Anerkennung als Psychotherapieverfahren durch die Ärztekammern. Wir PsychodramatikerInnen haben bei der Verbreitung des Psychodrama selbst Fehler gemacht: 1. Wir haben Psychodrama als Gruppentherapiemethode definiert. Die Weiterbildung im Psychodramatherapie ist *Weiterbildung für eine Gruppenpsychotherapie*. 90 Prozent der Arbeit von PsychotherapeutInnen geschieht aber in der Einzelarbeit. 2. Es gab im Psychodrama lange Zeit ein Theoriedefizit. Wir konnten unsere verfahrensspezifischen therapeutischen Interventionen, die Psychodramatechniken, *nicht auf dem Hintergrund einer in sich systematischen Theorie erklären*.

Fallbeispiel 1: *Anfang der 50er Jahre im letzten Jahrhundert, also vor 70 Jahren, wurde Moreno in die Universitäts-Nervenklinik nach Wien eingeladen, um dort die von ihm entwickelte Therapiemethode Psychodrama zu zeigen. Raoul Schindler (1996, S. 9) hat das Ereignis beschrieben: Moreno war gefragt worden, ob er die Patientin vorher sehen wollte. Moreno wollte das nicht. Die Ärzte suchten für Moreno aber eine Patientin aus, die wegen eines depressiven Stupors mutistisch war und durch Fragen und „im Gespräch nicht erreichbar und krankheitsbedingt entrückt“ war. Schindler erzählt: Als die Patientin in den*

Hörsaal geführt wurde, blieb sie „nach ein paar Schritten stehen. Aber da trat Moreno schon auf sie zu, begrüßte sie laut und nahm ihre Hand.“ Er stellte sich neben sie und erklärte ihr die Ärzte im Auditorium als eine Art Studenten, die von ihr lernen wollten, wie sie selbst ihre Situation verstehe. „Quasi nebenbei fragte Moreno sie nach ihrem Namen. Zu unserem Erstaunen nannte sie ihn, als läge keine Hemmung über ihr.“ Moreno war zunächst ganz normal auf die Patientin zugegangen und hatte sie Gesicht zu Gesicht begrüßt. Er ergriff dann aber mit seiner rechten Hand die linke Hand der Frau, drehte sich mit ihr zusammen zum Publikum um und blickte in der Schulter-an-Schulter Position (Krüger 2015, S. 387) die Ärzte im Hörsaal an. Als sie ihren Namen nannte, band Moreno neben ihr stehend „eine Assoziation daran, ...die ... nicht passte.“ Ich stelle mir vor, Moreno könnte zu ihr gesagt haben: „Ach, Meier heißen Sie! Dann waren Ihre Vorfahren in der Landwirtschaft tätig!“ Die Patientin hat ihn dann verbessert: „Nein, das waren alles Handwerker!“ Auf jeden Fall nahm Moreno nach Schindler „ihre Sicht sofort an und bot eine Erweiterung an“. Vielleicht hat er seiner Intuition folgend sich vorgestellt: „Dann hat Ihr Urgroßvater als Schmied gearbeitet und Milchkannen hergestellt!“ Nach Schindler „entwickelte sich ein durchaus triviales Gespräch, ... getragen von einem Ausdruck persönlichen Interesses und ohne jede objektivierende Begründung. Der Stupor schien wie abgefallen, und es entwickelte sich ein Gespräch über ihre Lebenssituation. Moreno fragte fast nie, er bot ihr seine Vorstellungen an und ließ sich von ihr durch Korrekturen führen. So war eigentlich er es, dem geholfen wurde. Es tauchten Familienmitglieder auf, die sich ihr zu entziehen suchten. Nicht sie, Moreno wollte das nicht dulden!“

Moreno hat in diesem Fallbeispiel anders als die Klinikärzte in der Begegnung mit der mutistischen Patientin störungsspezifisch erfolgreich therapeutisch interveniert. *Wissen Sie als Leserin oder Leser, welche Psychodramatechnik Moreno dabei benutzt hat?* Ich frage Sie das, weil PsychodramatikerInnen oft *nicht wissen, was sie tun, wenn sie tun, was sie tun*. Warum hat die mutistische Frau in der Begegnung mit Moreno nach drei Monaten wieder angefangen zu sprechen? War das Zufall? Hatte Moreno nur Glück? War es Morenos Persönlichkeit? Nein, ich meine, Moreno war therapeutisch erfolgreich, weil er die Doppelgänger-Technik einsetzte. Diese zentrale Psychodramatechnik ist bei Selbstverlust und totaler Blockade oder Zerfall des Mentalisierens indiziert (ebd., S. 30). Ich werde später zu dem Fallbeispiel noch mehr sagen.

Wir Psychodramatiker erklären nicht ausreichend, wie die Wirkung des Psychodramas zustande kommt. Man kann Psychodrama auch naiv intuitiv leiten. Das geht sogar gut. Es hat aber Folgen: 1. Wir verkaufen unsere Methode unter Wert. 2. Angesteckt durch die *Zweifel anderer* vertrauen wir am Ende *selbst* unserer Methode nicht mehr ausreichend. 3. Wenn Psychodrama als wissenschaftlich begründetes Psychotherapieverfahren angesehen werden soll, müssen wir unsere therapeutischen Interventionen auf dem Hintergrund einer in sich systematischen Theorie begründen können. Zum Beispiel müssen wir die spezielle Psychodramatechnik erkennen und benennen können, die Moreno in dem Fallbeispiel eingesetzt hat. Und wir müssen wissen, wie diese Technik wirkt!

2 Weshalb benutzen PsychodramatikerInnen das Psychodrama so wenig in ihrer Einzelarbeit?

PsychodramatherapeutInnen und Psychodrama-LeiterInnen arbeiten zu 80-90 Prozent im Einzelsetting. Warum benutzen sie in der Einzelarbeit aber so selten Psychodramatechniken? Psychodrama wirkt doch auch im Einzelsetting therapeutisch gut! Es ermöglicht sogar Dinge, die *andere* Psychotherapieverfahren *nicht können!* Diese Frage ist der Grund, warum mir die *Weiterbildung in Monodrama* so wichtig ist. Warum also benutzen wir Monodrama so selten?

Mir fallen fünf Gründe ein:

1. Im Monodrama übernimmt *die Therapeutin bei Bedarf selbst Hilfs-Ich Rollen*. Das kann die Therapeutin bei mangelnder Erfahrung verunsichern.

2. Die PatientInnen haben anfangs eine Scheu, sich im Einzelsetting im Rollenspiel zu zeigen. Wir TherapeutInnen wollen die Patientin oder den Patienten nicht zu etwas zwingen, was sie oder er nicht will.

3. Ich selbst benutzte in der Einzelarbeit *früher hauptsächlich das protagonistenzentrierte Spiel* auf der Zimmerbühne. Heute denke ich, zum Monodrama gehören unbedingt *auch andere Methoden*: das psychodramatische Gespräch, die Arbeit mit Steinen auf der Tischbühne, systemische Aufstellungen, die Stühlearbeit mit Ego-states und vieles mehr.

4. Viele PsychodramatikerInnen hängen fest an der *Idee der Trias Soziometrie, Gruppentherapie, Psychodrama*. Die drei Methoden sind in der Psychodramatherapie angeblich ein untrennbares Ganzes. Ich meine inzwischen: Die Behauptung „Psychodrama ist Gruppentherapie“ ist in Wahrheit ein Mythos. Denn das Gruppensetting ist kein Alleinstellungsmerkmal des Psychodramas. Fast alle bekannten Therapieverfahren nutzen ebenfalls das Format der Gruppentherapie. In Wirklichkeit ist Psychodrama als Verfahren *nicht vom Setting der Gruppe abhängig*. Sogar *Moreno selbst* hat Psychodrama hauptsächlich in der Einzelarbeit angewandt: *Straub* (2010, S. 28) berichtete 2010: Sie habe sich als Studentin 1954 acht Monate lang in Morenos Sanatorium in Beacon aufgehalten. In der ganzen Zeit habe Moreno mit den 12 PatientInnen seines Sanatoriums kein einziges Mal Gruppentherapie gemacht, immer nur Einzeltherapie, dies dann mit mehreren Hilfs-TherapeutInnen als Hilfs-Ichs. *Leutz* erklärte mir 2015 (mündliche Mitteilung), dass Moreno zwar *selbst keine Gruppentherapie* gemacht habe. Er sei aber in einzelne Gruppentherapiesitzungen seiner SchülerInnen gegangen, wenn er wegen eines Problems von diesen gerufen wurde. Dort übernahm er dann *jeweils nur für diese eine Gruppensitzung* im Beisein der anderen LeiterInnen die Leitung. Danach hat er die Gruppe aber wieder seinen SchülerInnen überlassen. Auch *Morenos Falldarstellungen* sind alle Berichte von Behandlungen im Einzelsetting.

5. Wir PsychodramatherapeutInnen konnten unsere therapeutischen Interventionen mit den Psychodramatechniken nicht auf dem Hintergrund einer in sich systematischen Theorie begründen. Das führte in der Einzelarbeit zu einem Gefühl der Orientierungslosigkeit. Wir wussten nicht ausreichend, was wir tun, wenn wir tun, was wir tun (Marineau 2011, S. 43).

3 Defizite in der Theorie behindern die Anwendung des Monodramas.

Ich selbst habe als Psychiater und Psychotherapeut bis 1993 zwanzig Jahre lang Psychodrama in weniger als 10 Prozent der Einzelsitzungen angewandt. Damals noch meistens in der Form von protagonistenzentrierten Spielen auf der Zimmerbühne. Zu meinem Erstaunen sprachen die PatientInnen im weiteren Verlauf der Therapie *oft ein halbes Jahr lang* immer wieder über ihr Erleben *in dieser einen* Psychodramasitzung. Deshalb untersuchte ich einmal für einen Vortrag im Kreis der MitarbeiterInnen des Moreno-Instituts Überlingen die Frage: *Wann setze ich Monodrama im Einzelsetting ein?* Ich fand heraus: *Ich wandte das Psychodrama im Einzelsetting nicht an*, 1. wenn ich gerade aus dem Urlaub zurückgekommen war. Direkt nach dem Urlaub dachte ich zunächst noch relativ eindimensional und hatte Mühe, zwischen den verschiedenen Denkebenen hin und her zu wechseln. 2. Ich machte kein Monodrama, wenn ich müde war oder 3. wenn ich an demselben Tag schon einmal Monodrama gemacht hatte. *Reden war für mich weniger anstrengend* als psychodramatisches Handeln! Dieses Ergebnis meiner Untersuchung war unbefriedigend. Denn die relativ seltene Anwendung des Monodramas hatte *nichts mit den PatientInnen zu tun*. Der Grund war ich selbst als Therapeut und *meine eigene Befindlichkeit*. Zu der Zeit wusste ich noch nicht, was ich tat, wenn ich Psychodramatechniken einsetzte.

4 Die metakognitive Theorie des Psychodramas

Schon 1971 bei meinem ersten Psychodramaseminar hat mich die therapeutische Wirkung der Methode fasziniert. Ich fragte mich: *Wie komm diese therapeutische Wirkung zustande?*“

Die in der Psychodramawelt damals vorhandenen Erklärungen genügten mir nicht. Die Rollentheorien erklärten nicht, was PsychodramatherapeutInnen in ihrer praktischen Arbeit taten (Krüger 2015, S. 71 ff.). Es gab da für mich ein Geheimnis, das ich nicht fassen konnte. Das Geheimnis musste etwas zu tun haben mit der Anwendung der Psychodramatechniken. Denn alle PsychodramatikerInnen benutzen in ihrer praktischen Arbeit Psychodramatechniken, das ist ihr gemeinsamer Nenner. Meiner Erfahrung nach waren die von den PsychodramatikerInnen angewandten *Theoriemodelle allerdings ganz verschieden*.

Meine Orientierungslosigkeit in der Frage „Was tun wir, wenn wir im Psychodrama tun, was wir tun?“ löste sich erst auf, als ich 1985 im Schwarzwald einen alten weisen Mann besuchte, Karlfried Graf Dürckheim (Krüger 1997, S. 11 f.). Er galt als Zen-Meister, also als ein Mann mit Überblick. In einer Einzelstunde fragte Ich ihn: „Wie geschieht Heilung?“ Er: „Warum wollen Sie das wissen?“ Ich war überrascht, diese Frage hatte ich mir noch nie gestellt. Ich überlegte: „Wenn ich die Mechanismen der Heilung kennen würde und wüsste, wie Heilung geschieht, dann könnte ich sie maximieren! Dann könnte ich meinen Patienten besser helfen!“ Er antwortete darauf: „Man kann die Mechanismen der Heilung tatsächlich herausfinden. Es gibt dabei aber ein Problem: Heilung ist eigentlich ein Geheimnis. Wenn man dieses Geheimnis auflöst und die Mechanismen der Heilung erfasst, dann ist das Geheimnis kein Geheimnis mehr. Dann ist dieses Geheimnis auch nicht mehr wirksam.“ Intuitiv wusste ich, Dürckheim hatte recht. Ich hatte oft erfahren: Ich konnte Heilung nicht machen. Ich konnte nur die äußeren Bedingungen schaffen, die das Eintreten von Heilung begünstigen würden. Die Heilung geschah dann von selbst, oder aber sie geschah nicht. Manche Alkoholranke in der Suchtkrankengruppe in meiner Praxis wurden zum Beispiel trocken und blieben es auch, manche aber nicht.

Nach diesem Gespräch mit Dürckheim entschied ich mich radikal: Ich höre auf, nach einer Antwort auf die Frage zu suchen, wie Psychodrama wirkt. Drei Tage später aber fing es in mir an, zu arbeiten. *Ohne dass ich es wollte*, kamen mir Ideen, die mich nicht losließen. Zum Beispiel fiel mir die Analogie zwischen dem Rollentausch und dem *Traummechanismus der „Verkehrung in das Gegenteil“* auf. Nach Freud schießt im Traum durch die „Verkehrung in das Gegenteil“ der Hase auf den Jäger (Freud 1966, S. 183). Ich dachte: „Das ist doch ein Rollentausch!“ Ebenso faszinierte mich die Analogie zwischen dem Szenenaufbau und dem Traummechanismus „Gedanken werden zur äußeren Wahrnehmung“. Oder die Analogie zwischen dem Rollentausch und dem psychoanalytischen *Abwehrmechanismus der „Identifikation mit dem Angreifer“*. Diesen definierte Anna Freud (1984, S. 92) als „Austausch zwischen Angreifer und Angegriffenem“. Ich erkannte: Die Psychodramatechniken haben etwas *mit den inneren metakognitiven Prozessen* des Menschen zu tun haben. Ich geriet damals fünf Monate lang in einen kreativen Flow. Ich integrierte viele verschiedene Puzzle-Teile aus verschiedenen Theoriemodellen miteinander. Ich schlief nachts nur 2-4 Stunden. Gerade wenn ich kurz vor dem Einschlafen war, erkannte ich oft einen neuen Zusammenhang. Ich machte dann Licht an und schrieb den Einfall auf. Denn ich wusste, ich könnte sonst nicht einschlafen.

Ich habe damals *mithilfe der Psychodramatechniken eine metakognitive Theorie des Psychodramas* entwickelt (siehe Abbildung 2 in Krüger 2015, S. 32). In dieser Theorie ging ich von einem *ganzheitlichen kreativen Prozess der inneren Konfliktverarbeitung* des Menschen aus. Ich ordnete die mir bekannten Einzelteile aus verschiedenen Theorien in dieses übergeordnete Ganze ein. Durch den Bezug zu der inneren Konfliktverarbeitung des Menschen erhielten die einzelnen Teile *einen je eigenen Sinn* (siehe Abb. 2 in Krüger 2015, S. 32) Ich habe die metakognitive Theorie des Psychodramas 1997 in meinem ersten Buch „Kreative Interaktion“ (Krüger 1997) beschrieben.

Mit dem *Begriff „Metakognition“* bezeichnet man die Auseinandersetzung mit den eigenen kognitiven Prozessen, also das Denken über das Denken. Wenn wir die *metakognitiven* Prozesse eines Klienten oder Patienten ansehen, fragen wir nicht nach den *kognitiven Inhalten* seines Denkens, also *was dieser denkt*, ob er über seinen Ehekonflikt nachdenkt oder über seine Selbstwertprobleme. Wir betrachten stattdessen *den Weg, wie* der Mensch über diese Inhalte nachdenkt, seine metakognitive Arbeit und die Werkzeuge, mit denen er seine Denkinhalte kreiert. *In der Psychoanalyse* wird die Metakognition in den Theoriekonzepten der Abwehrmechanismen, der Traummechanismen und der Mentalisation

abgehandelt. *In der Verhaltenstherapie* hatten die TherapeutInnen zunächst die *kognitive Verhaltenstherapie* entwickelt. Diese versucht, die *Inhalte des Denkens* zu verändern und zum Beispiel dysfunktionale Vorannahmen und Überzeugungen durch günstigere zu ersetzen. In der 3. Welle der Verhaltenstherapie zentrieren die Therapeuten jetzt seit etwa fünfzehn Jahren ihre Aufmerksamkeit aber auf die *metakognitiven* Prozesse, die die dysfunktionalen *Inhalte* des Denkens hervorbringen. Zum Beispiel sind die verschiedenen Modi der Schematherapie nichts anderes als solche dysfunktionalen metakognitiven Prozesse.

Abb. 1: Die metakognitive Prozessarbeit mithilfe der Psychodramatechniken (Krüger 2015, S. 32)

Ich nenne mein Theoriekonzept „eine metakognitive Theorie des Psychodramas“. In einem Satz zusammengefasst besagt diese Theorie: *Die Psychodramatechniken verwirklichen im Spiel direkt die natürlichen metakognitiven Werkzeuge der inneren Konfliktverarbeitung.* (siehe Abb. 1). Ich möchte Ihnen an einer Übung zeigen, was *metakognitive* Werkzeuge der Konfliktverarbeitung sind.

Übung 1: *Denken Sie bitte als Leserin oder Leser eine Minute lang an einen eigenen Konflikt! - Erfassen Sie jetzt bitte, was Sie gedacht haben! – Überlegen Sie jetzt, wie Sie ihren Konflikt gedacht haben.*

Als sie eben längere Zeit über ihren Konflikt nachgedacht haben, haben Sie Ihre natürlichen metakognitiven Werkzeuge der Konfliktverarbeitung benutzt:

1. Sie haben die an Ihrem Konflikt beteiligten Personen in Ihrer inneren Vorstellung repräsentiert. *Das innere Repräsentieren des Konfliktsystems* ist ein wichtiges Werkzeug des Mentalisierens. Schwer gestörte PatientInnen können das nicht. Zum Beispiel hören Psychoseerkrankte ihre *eigenen* Gefühle oft als *Stimmen von außen*. Oder Abhängigkeitskranke „vergessen“, in ihrer Konfliktverarbeitung ihr *süchtiges* Denken, Fühlen und Handeln zu berücksichtigen. Sie spalten dieses ab (ebd., S. 462 ff.). Im Psychodrama verwandeln wir das Werkzeug des inneren Repräsentierens in die Technik des *Szenenaufbaus*.
2. Das *metakognitive Werkzeug des Erinnerns und Planens* wird im Psychodrama zum *Rollenspiel in der eigenen Rolle und in der Rolle anderer*. Mit diesen Techniken bringen wir im Psychodrama Aktion und Reaktion der inneren Konfliktverarbeitung in eine in sich stimmige Reihenfolge.
3. Als Sie in Ihrem Beziehungskonflikt innerlich nach der *Motivation Ihres Konfliktpartners* gesucht haben, die sein Handeln und Fühlen bestimmt, haben Sie *innerlich* einen Rollentausch gemacht. Im Psychodrama erforschen wir die Motivation des anderen und unsere eigene Motivation durch einen *äußeren Rollentausch*.
4. Wenn wir bei uns selbst oder bei anderen ein *unangemessenes Verhalten und Fühlen* erleben, machen wir natürlicherweise innerlich einen Szenenwechsel und ziehen auch andere Erfahrungen aus anderen Zeiten heran: „Habe ich zu meiner Mitarbeiterin in der letzten Zeit irgendwann etwas Falsches gesagt und sie dadurch gekränkt?“ Wir stellen einen Zusammenhang her zwischen dem *gegenwärtigen* Konfliktbild und anderen Situationen an *anderen Orten zu anderen Zeiten*. Wir suchen zum Beispiel nach eigenen analogen Erlebnissen aus unserer Kindheit. Diese innere Suche nach Zusammenhängen mit anderen Erfahrungen wird im Psychodrama durch die Technik „*Szenenwechsel*“ verwirklicht.

Mithilfe der metakognitiven Theorie des Psychodramas erkannte ich neu:

1. *Es gibt acht zentrale Psychodramatechniken*, die notwendig sind, um ein Psychodramaspiel zu leiten. Es sind nicht nur Doppeln, Spiegeln und Rollentausch und auch nicht 13 oder 17 Techniken, wie Jakob Moreno und Zerka Moreno (1975, S. 239 ff., Moreno 1959, S. 99 ff.) meinten. Es sind auch nicht 76 (Schützenberger-Ancelin 1979, S. 79 f.) oder 351 (Renouvier, T. zitiert nach Moreno 1959, S. 99).

2. Die acht zentralen Psychodramatechniken verwirklichen im Spiel die metakognitiven Werkzeuge der gesunden inneren kreativen Konfliktlösung, die Werkzeuge des gesunden Mentalisierens. *Ich definiere Mentalisieren* (Krüger 2015, S. 20) als die *innere psychische Prozessarbeit*, mit der der Mensch sich selbst und den anderen versteht, mit der er Konflikte verarbeitet und löst und mit der er innerlich plant, wie er sich in einer zukünftigen Situation verhalten will. Die Theorie des Mentalisierens ist ein methodenübergreifendes Konzept. Denn wenn ein Klient oder ein Patient *nach* einer Beratungs- oder Therapiesitzung seine innere Konfliktverarbeitung *nicht verändert*, differenziert und erweitert hat, war die Beratungs- oder Therapiestunde sinnlos. Das gilt für die Psychodramatherapie genauso wie für die Verhaltenstherapie oder die Psychoanalyse.

Ich möchte Ihnen an dem oben von Schindler berichteten Fallbeispiel 1 erklären, wie die *Psychodramatechniken metakognitiv arbeiten*: Moreno hat bei der Behandlung der mutistischen Patientin in dem Hörsaal der Klinik in Wien die *Doppelgänger-Technik* benutzt. Die Doppelgänger-Technik aktiviert das bei jedem Menschen natürlicherweise vorhandene *Werkzeug des inneren Repräsentierens* des Konflikts. Diese Technik ist speziell indiziert, wenn die innere Konfliktverarbeitung des Patienten durch Panik oder einen Schockzustand *blockiert ist* oder wenn diese in einer Psychose *destintegriert*. *Moreno ging* bei der Anwendung der Doppelgänger-Technik im Hier und Jetzt innerlich mit in die innere Welt der Patientin hinein. Er entwickelte stellvertretend für sie *Schulter an Schulter* ein inneres Bild der aktuellen Begegnung mit den Ärzten im Hörsaal. Dabei sprach er laut aus, wie er die aktuelle Situation an ihrer Seite wahrnahm. Morenos *stellvertretendes* Mentalisieren aktivierte das innere Repräsentieren der Patientin und löste dadurch die Blockade ihres Mentalisierens auf. Als Moreno sie nach ihrem Namen fragte, konnte sie ihm deshalb ganz normal ihren Namen sagen.

3. Mit den Psychodramatechniken haben wir PsychodramatikerInnen therapeutische Werkzeuge in der Hand, mit denen wir *direkt die metakognitiven Prozesse des Mentalisierens im Spiel* verwirklichen können. Das ist ein *Alleinstellungsmerkmal des Psychodramas*. Die Psychodramatechniken verwirklichen über den Regelkreis zwischen dem inneren Mentalisieren und dem äußeren Spiel (ebd., S. 29 ff.) auf der äußeren Bühne nicht nur, *was der Protagonist in seinem Konflikt inhaltlich denkt*. Sie kreieren *auch den Weg, wie der Protagonist seinen Konflikt denkt*.

4. Wenn die natürlicherweise vorhandenen Werkzeuge des Mentalisierens (Kreis D in Abb. 2) blockiert sind, wirken sie als Abwehrmechanismen. Sie sehen als Leserin oder Leser in der Abbildung 1 in Kreis E, dass die metakognitive Theorie des Psychodramas auch *eine neue Ordnung* der psychoanalytischen Abwehrmechanismen umfasst. Diese orientiert sich an der *metakognitiv begründeten Ordnung der Psychodramatechniken*.

5. Für das Psychodrama ergibt sich aus dieser Zuordnung die wichtige Erkenntnis: Jede *Blockade* eines metakognitiven Prozesses bzw. eines Werkzeuges des Mentalisierens zeigt sich als Abwehrmechanismus. Jeder *Abwehrmechanismus* kann aber auch durch seine analog arbeitende Psychodramatechnik störungsspezifisch aufgelöst werden.

6. Die Therapeutin verbindet in der Begegnung mit dem Patienten ihre eigenen Werkzeuge des Mentalisierens mit den Werkzeugen des Mentalisierens des Patienten *in seiner Konfliktverarbeitung* und verwirklicht sie gemeinsam mit ihm als Psychodramatechniken im Spiel. Das „Wie“ der Anwendung der Techniken wird von der Intuition der Therapeutin gesteuert und ist aber auch das Ergebnis eines intersubjektiven Abstimmungs- und Einigungsprozesses zwischen der Therapeutin und dem Patienten. *Die Intuition der Therapeutin ist für den Einsatz der Psychodramatechniken handlungsleitend*. Das erforderliche theoretische und störungsspezifische Wissen hat sich dem übergeordneten Ganzen der Intuition der Therapeutin unterzuordnen (ebd., S. 24 ff.). Psychodramatische Behandlungsmanuale sind Hilfsmittel zur Entwicklung der naiven Intuition der Therapeutin zu einer reifen Intuition.

5 Wie verändert die Theorie metakognitiver Prozesse die psychodramatische Arbeit im Einzelsetting?

1. Inzwischen benutze ich in 80-100 Prozent meiner Einzelarbeit Psychodramatechniken, statt früher nur in 10 Prozent. Wenn ich einmal nur rede und *keine* Psychodramatechnik einsetze, weiß ich, ich bin wirklich sehr müde oder ich hänge latent in einer Gegenübertragung fest.
2. *Anders als die Rollentheorien* hilft die Theorie metakognitiver Prozesse, in der Therapie prozessual die Idee des „spontan-kreativen Menschen“ zu verwirklichen. Denn die Therapeutin verbindet ihre eigenen Werkzeuge des Mentalisierens mit denen des Patienten und verwirklicht sie im Spielprozess auf der Zimmerbühne oder Tischbühne. Dabei leiht die Therapeutin dem Patienten gleichsam ihre Seele.
3. Schon kleine oder scheinbar einfache psychodramatische Interventionen bekommen *auf dem Hintergrund der metakognitiven Theorie des Psychodramas* eine große therapeutische Bedeutung. Zum Beispiel bewirkte das ganz unspektakuläre therapeutische Handeln von Moreno bei der mutistischen Patientin, dass sie nach drei Monaten krankheitsbedingten Schweigens plötzlich wieder sprach. Moreno redete „nur“ in der Schulter-an-Schulter-Position mit der Patientin wie Hänsel mit Gretel im dunklen Wald und sprach stellvertretend für sie aus, was er dachte. Mehr nicht. Auch die Arbeit mit dem leeren Stuhl bei der psychodramatische Selbstsupervision (ebd., S. 36 ff.) oder das Aufstellen der zwei Stühle für die Symptomszene im psychodramatischen Gespräch (ebd., S. 21 f., siehe unten Kap. 6) wirken nach außen ganz einfach. Trotzdem haben diese Methoden oft eine große Wirkung.
4. Durch die metakognitive Theorie des Psychodramas *denke ich* jetzt mehr als früher *auch psychodramatisch*. Ich zentriere, ohne es bewusst zu merken, meine Aufmerksamkeit mehr als früher *auf den Prozess der Konfliktverarbeitung des Patienten*, auf seine inneren Konfliktspannungen und seine inneren Aktionen und Reaktionen und nicht nur auf die Inhalte seines Konflikts.
5. Ursprünglich hatte ich gedacht: Wenn ich die Mechanismen der Heilung erkannt hätte, könnte ich deren Wirkungen maximieren und so therapeutisch erfolgreicher sein. Ich weiß jetzt, dass das nicht geht. Und trotzdem hat sich meine Arbeit verändert. Ich maximiere zwar nicht das Gute. Durch die stärkere Zentrierung meiner Aufmerksamkeit auf die Konfliktverarbeitung des Patienten lasse ich aber das Schlechte oder das Überflüssige weg. So dauert eine Supervisionssitzung bei mir jetzt manchmal nur 20 Minuten, weil ich die Supervisandin oder den Supervisanden sofort die 12 bzw. 17 Schritte der Psychodramatischen Selbstsupervision gehen lasse (ebd., S. 36 ff.).
6. Mit der hier vorgestellten Antwort auf die Frage: Was tun wir, wenn wir Psychodramatechniken einsetzen, gewinnen wir PsychodramatikerInnen die *Definitionshoheit über unsere Methoden* zurück. Denn das ist das Drama des Psychodramas: Die praktische psychodramatische Arbeit sieht einfach aus, sie ist aber in Wahrheit hoch komplex. Das merken Sie zum Beispiel an dem Vorgehen Morenos in dem Fallbeispiel 1 der mutistischen Patientin. Wenn die TherapeutInnen anderer Psychotherapieverfahren Psychodrama praktisch erlebten, spürten sie oft die faszinierende Wirkung der Psychodramatechniken. Sie integrierten dann *einzelne* Psychodramatechniken in *ihre* Therapieverfahren, begründeten ihr Vorgehen theoretisch *mit ihren Denkmodellen*. Oft erwähnten sie dann aber nicht mehr, dass es sich um eine Psychodramatechnik handelt, und nahmen so *unsere* Methoden in *ihren Besitz*. Das geschah so z.B. bei den Handlungsmethoden in der Systemischen Therapie, bei den Aufstellungsmethoden von Hellinger und anderen oder bei der Arbeit mit Ego-States. Bei einer Tagung zum Thema „Ego-States“ in Heidelberg kamen einmal mehr als 1000 TeilnehmerInnen zusammen. Auch die Schematherapie besteht zu 50 Prozent aus Psychodrama. Ich freue mich darüber, dass die psychodramatischen Methoden sich auf diese Weise ausbreiten. Die anderen Psychotherapieverfahren brauchen unsere *direkt metakognitiv wirkenden* Psychodramatechniken. Wir selbst sollten aber *erklären können, warum* das Psychodramatechniken sind.

6 Das psychodramatische Gespräch

Auf dem Hintergrund der metakognitiven Theorie des Psychodramas haben schon kleine therapeutische Interventionen eine große therapeutische Bedeutung. Durch diese Theorie wissen wir klarer, was wir tun, wenn wir Psychodramatechniken anwenden. Ein Beispiel für eine solche scheinbar einfache Technik ist die *Methode des psychodramatischen Gesprächs*. Erproben Sie als Leserin oder Leser selbst einmal die Wirkungen dieser Methode. Sie können damit das metakognitive Konzept des Psychodramas in der Behandlung Ihrer Patienten prozessual umsetzen. Ich selbst nutze die Methode des psychodramatischen Gesprächs in fast jedem Therapiegespräch, auch im Erstgespräch.

Übung 2: Im psychodramatischen Gespräch stellen Sie *schon vor dem Gespräch mit Ihrem Patienten oder Klienten* in Ihrem Arbeitszimmer zusätzlich zu Ihrem Stuhl und dem Stuhl für Ihren Patienten etwas entfernt *zwei andere leere Stühle auf* (siehe Abb. 2), die sich gegenüberstehen. Der eine Stuhl *neben* dem Patienten soll die innere Selbstrepräsentanz des Patienten in seinem Konflikt darstellen, der andere Stuhl *diesem gegenüber* seine innere Objektrepräsentanz, das inneres Bild seiner Konfliktpartnerin. Führen Sie dann mit dem Patienten *rein verbal* ein ganz normales therapeutisches Gespräch über seinen Beziehungskonflikt. Der Patient soll dabei nicht zum psychodramatischen Rollenspiel auf die leeren Stühle wechseln. Zeigen Sie dabei aber mit Ihrer Hand jeweils auf den leeren Stuhl *seiner Selbstrepräsentanz*, wenn Sie mit ihm über *sein eigenes Denken, Fühlen und Handeln* in seinem Konflikt reden, oder auf den leeren Stuhl *seiner Objektrepräsentanz*, wenn Sie mit ihm *über das Denken, Fühlen und Handeln seiner Konfliktpartnerin* reden. Sie werden merken: Sie vollziehen mit Ihrem Patienten gemeinsam mit Blick auf die beiden leeren Stühle den Prozess seiner Konfliktverarbeitung nach: *Wie hat der Weg seiner Auseinandersetzung mit seiner Konfliktpartnerin angefangen? Wie ist jetzt die Lage in seinem Konflikt?*

Abb. 2: Die Szenentrennung der Arbeitsbühne beim psychodramatischen Gespräch (ebd., S. 22)

Fallbeispiel 2: *In einem Seminar demonstriert der Leiter die Methode des psychodramatischen Gesprächs. Die Gruppenteilnehmer sollen zunächst mit ihrem „Klienten“ drei Minuten lang ein normales therapeutisches Gespräch ohne die zwei zusätzlichen Stühle führen, danach drei Minuten lang die Methode des psychodramatischen Gesprächs anwenden. Die Seminarteilnehmerin Frau A. spielt ein Erstgespräch mit ihrer Patientin Frau B nach. Frau A. beschreibt Frau B. als eine 45-jährige, hübsche, kühl und gehemmt wirkende Frau. Der Leiter redet als „Therapeut“ mit „Frau B“ zunächst nur so, wie TherapeutInnen normalerweise ein Erstgespräch führen: „Therapeut“: „Was führt Sie hierher, Frau B.“ „Frau B.“: „Mein Mann sagt, ich habe den Tod meiner Mutter nicht ausreichend verarbeitet.“ „Therapeut“: „Wann ist Ihre Mutter denn gestorben?“ „Frau B.“: „Da war ich 11 Jahre alt.“ Der „Therapeut“ wundert sich: „Und was bedeutet das jetzt in dieser Zeit für Sie?“ „Frau B.“: „Ja, damals konnte ich nicht darüber sprechen. Da war keiner da.“ „Therapeut“: „Und wie ging es Ihnen damals selbst?“ „Frau B.“: „Ich habe den anderen geholfen, das zu ertragen!“ „Therapeut“: „Als sie selbst noch ein Kind waren!“ Das Gespräch zentriert sich spontan auf das Alleinsein von „Frau B.“ in ihrer Kindheit.*

Nach drei Minuten bricht der Leiter das Spiel ab: „Lassen Sie uns das Erstgespräch jetzt noch einmal von vorn anfangen und als psychodramatisches Gespräch führen. Das Spiel beginnt.“ „Therapeut“: „Frau B., was führt Sie hierher?“ „Frau B.“: Mein Mann sagt, ich habe den Tod meiner Mutter nicht ausreichend verarbeitet.“ „Therapeut“: „Wann ist ihre Mutter denn gestorben?“ „Frau B.“: „Da war ich 11 Jahre alt.“ Der Therapeut wundert sich und deutet auf den leeren Stuhl der Objektrepräsentanz: „Und Ihr Mann sagt zu Ihnen, Sie haben den Tod Ihrer Mutter noch nicht verarbeitet! Wissen Sie, warum er das gerade jetzt zu Ihnen sagt? Das ist doch schon lange her!“ „Frau B.“: „Das weiß ich auch nicht.“ Der „Therapeut“ deutet mit der Hand auf den Stuhl der Selbstrepräsentanz der Patientin: „Und

wie fühlen Sie sich dabei, wenn er (deutet auf den Stuhl des Mannes) das zu Ihnen sagt?“ „Frau B.“: „Ich weiß auch nicht. Ich kann mit meinem Mann über Probleme nicht reden.“ Der „Therapeut“ deutet auf den leeren Stuhl ihrer Selbstrepräsentanz: „Fühlen Sie sich durch diese Interpretation Ihres Mannes selbst denn eher verstanden und unterstützt oder eher kritisiert?“ „Frau B.“: „Ach, ich habe drei Kinder. Und ich bin viel allein. Mein Mann muss immer arbeiten. Der ist im Vertrieb tätig, da muss er viel unterwegs sein.“ Der Therapeut weist mit der Hand auf den Stuhl der Patientin: „Und wie geht es Ihnen damit?“ Frau B.: „Mir geht es öfter nicht gut. Mein Mann hat mich deshalb hierher geschickt!“ Der „Therapeut“ deutet zwischen den leeren Stühlen hin und her: „Sie sind allein, mit ihren drei Kindern. Ihr Mann ist immer unterwegs. Und Ihnen geht es nicht gut. Und Ihr Mann sagt: ‚Du hast den Tod Deiner Mutter mit 11 Jahren noch nicht verarbeitet!‘ Das hört sich für mich zunächst nach einem Eheproblem an, was Sie mir erzählen. Ich finde es problematisch, wenn Ihr Mann Ihre jetzigen Eheprobleme alle auf Ihre Kindheit schiebt. Haben Sie mit Ihrem Mann denn schon einmal über Ihr Alleinsein in der Ehe geredet?“ Hier beendet der Leiter das Spiel, um die beiden Versionen des Erstgesprächs miteinander zu vergleichen: „War etwas anders, und wenn ja, was war anders?“

Wenn Sie die Methode des psychodramatischen Gesprächs in Ihrer praktischen Arbeit anwenden, werden Sie merken: Die Methode macht Ihr therapeutisches Gespräch oder Ihr Beratungsgespräch um 30-50 Prozent wirksamer. Die Seminarteilnehmerin in dem Fallbeispiel 2 zum Beispiel hatte in der Rolle ihrer Patientin anders als in der rein verbalen Version zum ersten Mal Ärger auf „ihren Mann“ gefühlt. Die Gründe für die Intensivierung des Gesprächs sind:

1. Das psychodramatische Gespräch hilft der Therapeutin und dem Patienten, gemeinsam *den Konflikt zu definieren*, der in dieser Stunde Thema werden soll. Beide zentrieren ihre Aufmerksamkeit auf diesen äußerlich mit Stühlen dargestellten Konflikt und repräsentieren ihn so auch in ihrer inneren Vorstellung.
2. *Der Patient und die Therapeutin* wechseln beim Blick auf die Selbstrepräsentanz und Objektrepräsentanz des Patienten *aus der Gesicht-zu-Gesicht-Position in die Schulter-an-Schulter-Position* und blicken *zusammen* auf etwas Drittes. Sie sehen den inneren Konflikt des Patienten von außen. Dadurch kreieren sie zusammen auch innerlich einen *gemeinsamen Fantasieraum*. Beide treten *innerlich* in diesen ein und erforschen darin wie Hänsel und Gretel im dunklen Wald *Schulter an Schulter*, was alles in dem Beziehungskonflikt des Patienten geschehen war. Die Therapeutin fragt den Patienten, was er selbst in der Auseinandersetzung mit seiner Konfliktpartnerin gedacht und gefühlt hat und was er und seine Konfliktpartnerin dann getan haben. Die Therapeutin lässt den Patienten aber *innerlich auch einen Rollentausch* machen und fragt ihn, was in der Auseinandersetzung wohl seine Konfliktpartnerin gedacht und gefühlt hat. Das psychodramatische Gespräch *schließt also auch das zirkuläre Fragen aus der systemischen Therapie mit ein*. Dabei stellt die Therapeutin sich die Erlebnisse des Patienten aktiv vor, spürt ihnen nach und benennt Gefühle und Wahrnehmungen. Das verlangsamt die gemeinsame Arbeit an dem Konflikt und *fördert das Mentalisieren* des Patienten. Es differenziert und erweitert seine innere Konfliktverarbeitung.
3. *Der Patient* sieht sich selbst auf dem leeren Stuhl in seinem Konflikt *von außen*. Wenn er von seinem eigenen Stuhl aus berichtet, was er auf dem anderen Stuhl in der anderen Situation in der Auseinandersetzung mit seiner Ehefrau gefühlt und gedacht hat, *doppelt er gleichsam seine Selbstrepräsentanz* auf dem leeren Stuhl. Dadurch entwickelt er *Mitgefühl mit sich selbst*. Die Therapeutin wiederum hilft ihm Schulter-an-Schulter als Doppelgängerin, sich selbst zu doppeln.
4. *Der Patient* zentriert in der Schulter-an-Schulter-Position seine Aufmerksamkeit weniger auf die Therapeutin und prüft, ob er *von der Therapeutin* verstanden wird und was sie vielleicht über ihn denken könnte. Er hört und sieht ja auch an ihren Armbewegungen, dass sie mit ihm in seinem Konflikt aktiv mitdenkt. Dadurch fühlt der Patient deutlich die Erlaubnis, sich *mit sich selbst* und seinem Beziehungskonflikt zu beschäftigen.
5. In einem normalen therapeutischen Gespräch in der Gesicht-zu-Gesicht-Position muss die Therapeutin alles, was der Patient sagt, in ihrem Inneren speichern und verarbeiten. Im

psychodramatischen Gespräch *delegieren* die Therapeutin und der Patient den Konflikt des Patienten *außen auf die zwei anderen Stühle*. Dadurch wird der *Konfliktdruck in der therapeutischen Beziehung* geringer. *Die Therapeutin fühlt sich frei und kreativ*. Sie kann ihre eigenen therapeutischen Fähigkeiten besser nutzen.

6. Der Patient und die Therapeutin blicken äußerlich *auf die Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Konfliktpartnerin*. Sie sehen nicht mehr individuumzentriert *entweder* auf den Patienten *oder* seine Konfliktpartnerin. Sie verstehen den Konflikt wie von allein systemisch. Aus dem „Entweder ich selbst oder die Konfliktpartnerin“ wird „Sowohl ich selbst als auch die Konfliktpartnerin“. Das vermindert den Druck auf die Therapeutin, einseitig *nur den Patienten* in seinem Konflikt verstehen zu müssen. Sie darf sich *auch für die Gefühle seiner Konfliktpartnerin interessieren*.

7. Das psychodramatische Gespräch führt bei der Therapeutin automatisch *zu einem psychodramatischen Denken*. Denn sie zentriert ihre Aufmerksamkeit auf den *Prozess der Konfliktverarbeitung des Patienten*. Dadurch bekommt sie Zugang zu ihren psychodramatherapeutischen Handlungsmöglichkeiten. Es ist dann nur ein kleiner Schritt, den Patienten aufzufordern, mit seiner Konfliktpartnerin einmal einen psychodramatischen Dialog zu führen: „Wollen Sie im Spiel Ihrer Konfliktpartnerin einmal sagen, dass Sie sich alleingelassen fühlen?“

8. Die Therapeutin kann bei der Beratung von Familienmitgliedern oder der Beratung eines Teams *für alle an dem Konfliktsystem Beteiligten* neben den in der Beratung real Anwesenden zusätzlich *einen Kreis* von leeren Stühlen aufstellen. Sie geht in dem „psychodramatischen Gespräch“ dann weiter so vor, wie oben beschrieben. Dieses Vorgehen betont die systemische Sichtweise des Konflikts.

Literatur

- Freud, A. (1984). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1966). Die Traumdeutung/über den Traum. Zur Psychologie der Traumvorgänge. *Gesammelte Werke* Bd. II/III. Stuttgart: Fischer (4. Aufl.).
- Krüger, R. T. (1997). *Kreative Interaktion*. Tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Verfügbar unter: www.psychodrama-netz.de.
- Krüger, R. T. (2015). *Störungsspezifische Psychodramatherapie – Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krüger, R. T. (2017). Die psychodramatische Selbstsupervision. Wie wir die Idee des spontan-kreativen Menschen in uns selbst verwirklichen können. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 16(2)
- Marineau, R. F. (2011). Die Integration von Morenos Erbe. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 10(1). Sonderheft 3: Psychodrama – Empirische Forschung und Wissenschaft“, herausgegeben von C. Stadler, M. Wieser, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 3544.
- Moreno, J. L. (1959). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Einleitung in die Theorie und Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Moreno, J.L., Moreno, Z. T. (1975). *Psychodrama*. Volume III. Action therapy and principles of practice (second edition). Beacon, N. Y.: Beacon House.
- Schindler, R. (1996). Moreno durchbricht einen depressiven Stupor. In: B. Erlacher-FAskas, Ch. Jord (Hrsg.), *Monodrama*. Heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie. Wien: Springer, 7-10.
- Schützenberger-Ancelin, A. (1979). *Psychodrama – ein Abriss*. Erläuterung der Methoden. Stuttgart: Hippokrates.
- Straub, H. (2010). „Seit 50 Jahren arbeite ich mit dieser spannenden Methode.“ In: D. Ensel, G. Stiegler (Hrsg.), *„Ein Stück im Himmel“*. Psychodramatikerinnen begegnen sich. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 9 (Suppl. 2), 25-42.

Reinhard T. Krüger, 1944, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in eigener Praxis. Schwerpunkte: Störungsspezifische Psychodramatherapie,

psychodramatische Einzeltherapie und theoretische Begründung des Psychodramas.
Weiterbildungsleiter und Supervisor für Psychodrama am Moreno-Institut
Edenkoben/Überlingen.

Korrespondenzanschrift:

Krüger, R. T.

Riethof 7

D-30916 Isernhagen

Deutschland

E-Mail: krueger.reinhard@htp-tel.de